

MRN: _____

DATE: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ # Lic. de conducir: _____ Últimos 4 dígitos del # seguro social: _____

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Pareja de hecho

Origen Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinar

Raza: Indígena Americano/Nativo de Alaska Hawaiano/Isleño Asiático Blanco
 Negro/Afroamericano Dos razas o más Declinar

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Enviar recordatorios de citas vía: Texto Lamada Teléfono: _____

Teléfono preferido para llamadas rutinarias: _____ Casa Trabajo Celular

Teléfono secundario: _____ Casa Trabajo Celular

Correo electrónico: _____ @ _____ Idioma hablado principal: _____

Proveedor de atención primaria: _____ ¿Cómo fue referido?: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona de contacto: _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono preferido: _____ Teléfono secundario: _____

Si el paciente es menor de edad, favor de proveer un contacto secundario aparte del padre/madre/guardián:

Nombre: _____ Teléfono: _____

RESPONSIBLE PRINCIPAL

Soy el responsable (pasa al siguiente página) Cónyuge Guardián Padre
 Otro: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ # Lic. de conducir: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

RESPONSIBLE SECUNDARIO

Cónyuge Guardián Padre Otro: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ # Lic. de conducir: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

